

3. Снижение высокого уровня эндогенной интоксикации (ЛИИ * коэффициент) у беременных пациенток с нормальным показателем абсолютного количества лейкоцитов в общем анализе крови может быть критерием оценки проводимой терапии.

Литература:

1. Исмаилов, С.И. К вопросу о факторах, влияющих на нормальный рост плода в антенатальном периоде / С.И. Исмаилов, Ю.М. Урманова, У.Х. Мавлонов // Междунар. эндокрин. журн. – 2011. – № 4 (36).

2. Верник, С.Д. Применение ЛИИ для оценки эффективности лечения инфилтратов / С.Д. Верник // Хирургия. – 1972. – С. 84–87.

3. Кравец, Т.П. Информативность лейкоцитарного индекса интоксикации в определении степени тяжести рецидивирующего афтозного стоматита / Т.П. Кравец, Т.И. Триханова, Л.Д. Королева // Наука и образование-2008 : Междунар. конф. – Т. 12, разд. Клиническая медицина. – София, 2008. – С. 21–24.

4. Кальф-Калиф, Я.Я. О ЛИИ и его практическое значение / Я.Я. Кальф-Калиф // Врачебное дело. – 1941. – С. 31–33.

5. Фищенко, А.Я. Эндогенная интоксикация / А.Я. Фищенко // Клин. хирургия. – Киев : Здоровье, 1989. – С. 68–69.

6. Островский, В.К. Лейкоцитарный индекс интоксикации при острых гнойных и воспалительных заболеваниях легких / В.К. Островский, Ю.М. Свитич, В.Р. Вебер // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. – 1983. – Т. 131, № 11. – С. 21–24.

7. Хощенко, Ю.А. Клиническое значение лейкоцитарного индекса интоксикации при пиелонефрите / Ю.А. Хощенко, А.Г. Удовиченко, Ю.Н. Дымочка, В.В. Россихин // Клин. медицина. – 2007.

8. Показатели крови и лейкоцитарного индекса интоксикации в оценке тяжести и определении прогноза при воспалительных, гнойных и гнойно-деструктивных заболеваниях / В.К. Островский [и др.] // Клин. лаб. диагностика. – 2006. – № 6. – С. 50–53.

9. Шано, В. Синдром эндогенной интоксикации / В. Шано, Е. Кучер // Острые и неотложные состояния в практике врача. – 2011. – № 1. – С. 35–41.

10. Огризко, И.Н. Эндогенная интоксикация у беременных с задержкой развития плода / И.Н. Огризко, Д.М. Семенов // Достижения фундам. клин. медицины и фармации : материалы 73 науч. сессии ун-та, Витебск, 29-30 янв. 2018 г. – С. 395–398.

УДК 616.155.194-053.32

ВЛИЯНИЕ БЕЛКОВОГО ДЕФИЦИТА НА РАЗВИТИЕ И ОСОБЕННОСТИ АНЕМИИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Потапова В.Е., Лысенко И.М.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Несмотря на прогресс, достигнутый в выхаживании недоношенных, физическое развитие детей, родившихся раньше срока с низкой и экстремально низкой массой тела, при динамическом наблюдении за ними в первые месяцы их жизни существенно ниже показателей, характерных для здорового плода во внутриутробном периоде в аналогичные гестационные сроки. В настоящее время, по данным большинства зарубежных клиник, к моменту выписки из стационара количество недоношенных детей, имеющих антропометрические показатели ниже 10-го центильного коридора, составляет около 35%, а среди детей до 1000 г. при рождении – 75 – 90%, тогда как при рождении малыми к сроку гестации являются только 18% из них [1,3]. Доля детей, отстающих на 2 сигмальных отклонения от нормы, за время пребывания в стационаре возрастает с 14 до 55% [3]. Доля детей, отстающих от нормальных темпов физического развития, нарастает

даже при скорости роста 19 г/кг массы тела в сутки [2]. Во многом это обусловлено несоответствием назначаемого энтерального и парентерального питания физиологическим потребностям растущего организма. Обычно увеличение интенсивности основного обмена растущего организма связывают с увеличением метаболических трат на рост. Имеется несоответствие темпов роста ребенка и возрастных изменений интенсивности основного обмена.

Целью нашего исследования явилось изучение соответствия веса и роста недоношенных детей с анемическим синдромом, рожденных в сроке гестации 30 недель и менее их нормативу, а также динамики веса этих пациентов при различных вариантах питания и терапевтического сопровождения.

Материал и методы. Объектом исследования явились недоношенные новорожденные дети (n=102), обследование которых проводилось согласно протоколам МЗ РБ. Анализ развития новорожденного включал определение массы, роста, окружности головы и грудной клетки при рождении, динамику антропометрических показателей, оценку по шкале Апгар на первой и пятой минутах жизни новорожденного, оценку состояния недоношенных по шкале Сильвермана. Клиническое наблюдение за пациентами включало оценку неврологического и соматического статусов.

Статистический анализ результатов исследования был произведен и использованием аналитического пакета Statistica 10.0 (фирма Statsoft Inc.). Статистически значимыми считались различия и корреляция при значениях $p < 0,05$.

Результаты и обсуждения: В ходе исследования под нашим наблюдением находилось 102 недоношенных новорожденных со сроком гестации 26 – 30 недель ($28,92 \pm 0,26$). Анализ антенатального развития детей обследованной группы показал, что у всех из них имело место осложненное течение внутриутробного периода. Пациенты исследуемой группы при рождении имели вес 810 – 1870 г ($1212,52 \pm 60,00$), рост 30 – 43 см ($38,12 \pm 0,67$), окружность головы 24 – 31 см ($27,27 \pm 0,36$), окружность груди 20 – 28 см ($24,46 \pm 0,40$), оценку по шкале Апгар на первой минуте жизни от 1 до 7 баллов. Всем 100% детям с рождения проводилась ИВЛ, длительность которой варьировала от 12 часов до 23 суток. Анемия встречается у 100% недоношенных детей, рожденных в сроке гестации менее 31 недель, и имеет тенденцию к тяжелому течению, в связи с чем возникает необходимость в ее коррекции. Имеется прямая корреляционная зависимость ее от гестационного срока. Степень тяжести анемии влияет на задержку роста недоношенного новорожденного краткосрочно в течении всего неонатального периода. При назначении ранней (после 7-х суток жизни) плановой профилактики анемии у недоношенных детей, а при развитии тяжелой анемии – проведении гемотрансфузий и восстановлении уровня гемоглобина более 130г/л скорость роста увеличивалась до 18, 6 ($20,1 \pm 1,6$) г/сутки. Пациенты исследуемой группы были разделены на соответствующих сроку гестации по массе и росту к моменту рождения (подгруппа 1) и несоответствующих (подгруппа 2). При это подавляющее большинство детей (82%) соответствовали гестационному возрасту. В дальнейшем мы выяснили, что дети из первой подгруппы в неонатальном периоде имели плоскую или положительную весовую кривую, в то время как дети из второй подгруппы – чаще отрицательную. Так же была выявлена закономерная связь раннего назначения парентерального питания и быстрого набора веса как среди всех новорожденных. При назначении пациентам карнитина в схеме терапии также отмечалась положительная динамика веса в обеих подгруппах. Комбинированное назначение обоих способов терапии не приводило к усилению эффекта. Дети, которые не получали парентерального питания и нестероидной анаболической терапии характеризовались отрицательной весовой кривой.

Выводы.

1. У всех глубоко недоношенных новорожденных имеет место белковый дефицит, подтверждающийся биохимическими маркерами (общий белок, альбумин, мочевины). Наличие пренатальной гипотрофии I и II степени не влияет на течение белково-

энергетической недостаточности в постнатальном периоде. Недостаточность белка достоверно не влияет на скорость развития и тяжесть течения анемии.

2. Грудное молоко является оптимальным продуктом для вскармливания ребенка. При грудном вскармливании необходимо проводить обогащение молока с использованием фортификаторов, для повышения белкового компонента питания. При смешанном вскармливании, наряду со смесями для недоношенных необходимо более длительное применение парентерального питания, под контролем белкового статуса организма, для максимального исключения энергетической недостаточности.

3. Все глубоко недоношенные новорожденные должны получать парентеральное питание, с постепенным увеличением энтерального объема. Дотация белка, рассчитанная исходя из потребности: в 1-е сутки от 2,5 до 3 г/кг/сутки, темп роста скорости 0,5 – 1 г/кг/сутки, максимальная доза 4 г/кг/сутки не ранее 5-х суток, является оптимальной. Продолжительность парентерального питания должна быть около 14 дней, максимальная среди пациентов с пренатальной гипотрофией.

Литература:

1. Физическое развитие недоношенных новорожденных в условиях стационара. / А.Б. Дорофеева [и др.] // Материалы IX Российского конгресса «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии», 19 – 22 октября 2010 г. – С. 185-187.

2. Николаева, Е.А. Недостаточность карнитина у детей с наследственными болезнями обмена веществ и митохондриальными заболеваниями: особенности патогенеза и эффективность лечения. / Е.А. Николаева, М.Н. Харабадзе, И.В. Золкина // Педиатрия. – 2013. – №92 (3). – С.42–49.

3. Николаева, Е.А. Основные способы медикаментозного лечения детей с митохондриальными заболеваниями. / Е.А. Николаева, С.В. Семякина, С.Ц. Васильев // Руководство по фармакотерапии в педиатрии и детской хирургии. – М. : Медпрактика. – 2002. – Т.2. – С. 32-44.

УДК 572.512.3-053.3-072

ИСХОДЫ ВЫХАЖИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ

Потапова В.Е., Лысенко И.М., Баркун Г.К.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. В соответствии с рекомендациями ВОЗ, термин «экстремально низкая масса тела при рождении» (ЭНМТ) предполагает массу тела менее 1000 грамм [1,2]. Согласно международной статистике, преждевременные роды в развитых странах составляют 5 – 12% от общего числа родов. При этом 80% из них составляют роды в гестационном сроке от 32 до 37 недель, 11% - от 29 до 31 недель, 9% - от 28 недель и менее. Отмечается четкая тенденция снижения частоты случаев преждевременных родов. Так, во Франции с 8,2 до 5,6%, в Финляндии с 9,1 до 4,8% от всех случаев родов за последние 30 лет [3]. Помимо высокой перинатальной смертности среди недоношенных детей, статистика свидетельствует о высокой вероятности развития неврологических нарушений и хронических заболеваний в отдаленных периодах. В связи с этим особое значение приобретает процесс выхаживания таких детей, минимизация и оптимизация медикаментозной терапии, снижение рисков ятрогении [1,3].

Целью нашего исследования явилось изучение состояния здоровья недоношенных детей и оптимизация схем терапии у пациентов с ЭНМТ при рождении.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели в исследование было включено 38 недоношенных ребенка с массой тела при рождении менее 1000г и в сроке гестации до 31 недели, находившиеся на лечении в отделении для недоношенных детей